CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
F.E.A EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

(Orden Foral 306E /2020, de 21 de octubre, de la Consejera de Salud)

PRUEBA: CUESTIONARIO PREGUNTAS

Fecha 23 de octubre de 2021

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

1. **Son Programas de Salud incluidos en la Estrategia de promoción de salud y autocuidados en adultos del último Plan de Salud de Navarra (señale la INCORRECTA)**

   a) Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida.
   b) Programa de envejecimiento saludable.
   c) Programa de atención a la fragilidad y prevención de complicaciones en los cuidados del mayor.
   d) Programas de prevención selectiva en colectivos vulnerables.

2. **El concepto "Triple AIM" que fue introducido en el 2007 por Donald M. Berwick promulga que la mejora continua del sistema de atención de la salud requiere la búsqueda simultánea de tres ....**

   a) Objetivos o metas.
   b) Resultados.
   c) Acciones.
   d) Proyectos.

3. **Diga cuál de los siguientes derechos NO está contemplado como un Derecho relacionado con los servicios asistenciales en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra.**

   a) Derecho al acompañamiento de los pacientes por un familiar o persona de su confianza.
   b) Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto.
   c) Derecho a que se le asigne un intérprete de lengua de signos.
   d) Derecho a conocer el nivel de calidad de los centros asistenciales.

4. **El consentimiento informado, según se recoge en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, se otorgará por representación en los siguientes casos (señale la INCORRECTA):**

   a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.
   b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente para adoptar la decisión.
   c) Cuando el paciente menor, de entre doce y dieciséis años, no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.
   d) Cuando se trate de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos no incapaces ni incapacitados.

5. **Son líneas de acción y participación de la estrategia de atención primaria y comunitaria de Navarra 2019-2022 (señale la INCORRECTA):**

   a) Trabajar conjuntamente con ayuntamientos y asociaciones locales en la promoción de participación social y de ocio, contando con los recursos y actividades existentes.
   b) Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia.
   c) Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.
   d) Implantación de un tiempo dedicado al paciente de 10 minutos por visita en atención primaria.

6. **En el sistema de información hospitalaria, cuando existe un procedimiento quirúrgico:**

   a) El procedimiento determina el diagnóstico principal.
   b) La estancia media es mayor.
   c) Es un indicador para medir estancias evitables.
   d) Determina la asignación de GRD (Grupos Relacionados al Diagnóstico).

7. **¿Cuáles son los criterios de agrupación de enfermos en los GRD (Grupos Relacionados al Diagnóstico) ?:**

   a) La complejidad de la patología y la estancia media.
   b) Las características clínicas y la complejidad de la patología.
   c) Las características clínicas y el consumo de recursos.
   d) Las circunstancias del ingreso y el consumo de recursos.

8. **Con relación a la variable del CMBD "Diagnóstico Principal" (señale la INCORRECTA):**

   a) En España, desde el 1 de enero de 2016 se codifica con la CIE-10-ES.
   b) Es aquel proceso patológico que tras el estudio pertinente se considera la causa principal del ingreso del paciente en el hospital.
   c) Es el dato más relevante para la asignación de la Categoría Diagnóstica Mayor del episodio.
   d) En la codificación de los tumores, se usará siempre el código morfológico como diagnóstico principal.

9. **Son contenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), (señale la respuesta INCORRECTA):**

   a) Los días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos.
   b) El marcador POA2 de los diagnósticos secundarios.
   c) Los procedimientos realizados en otros centros.
   d) El municipio de nacimiento.

10. **Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (señale la respuesta INCORRECTA):**

   a) Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.
   b) El consentimiento informado será escrito por regla general.
   c) En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.
   d) Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta.

11. **Según el Decreto Foral 71/2021, de 29 de julio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Foral de Navarra y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para realizar la prestación de ayuda a morir:**

   a) Los profesionales sanitarios de los hospitales y centros de atención primaria de salud accederán, a través de la historia clínica electrónica, a las declaraciones del registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir inscritas en el registro siendo estas públicas.
   b) La declaración de objeción de conciencia se entenderá vigente durante 5 años.
   c) El registro tendrá carácter público.
   d) La Comisión de Garantía y Evaluación incluirá uno o dos profesionales del ámbito psicosocial, con formación o experiencia de trabajo en bioética y/o en tratamiento de enfermedades con padecimientos graves o incurables.

12. Respecto al copago farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud de España (señale la INCORRECTA):

a) Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a la categoría: Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.

b) Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a la categoría: Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

c) La prestación farmacéutica ambulatoria estará sujeta a aportación del 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros.

d) Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a la categoría: Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.

13. Entre las características que deben reunir las pruebas de cribado se encuentran las siguientes, señale la INCORRECTA:

a) Deben ser aceptables por la población para que no dificulten la participación.
b) Deben ser reproducibles y válidas.
c) Requieren alta especificidad de la enfermedad a diagnosticar.
d) Son preferibles pruebas sencillas y rápidas.

14. Respecto al cribado de cáncer de cérvix señale la INCORRECTA:

a) Ha demostrado disminución de mortalidad en mujeres.
b) Se ha realizado, a nivel nacional, con carácter oportunista y mediante prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH).
c) En 2019 se modificó la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud para pasar a ser un programa de carácter poblacional.
d) En el plazo de los 10 años posteriores a 2019 se ha previsto alcanzar una cobertura próxima al 100% de la población.

15. El numerador de la tasa de mortalidad neonatal tardía, referida a un año es:

a) Número de nacidos vivos en el año.
b) Número de muertes en mayores de 7 días y menores de 28 días ocurridas ese año.
c) Número de muertes en menores de 28 días ocurridas ese año.
d) Número de muertes en menores de 7 días ocurridas ese año.

16. Los siguientes son principios de acción prioritarios de la carta de Otawa (1986) para la promoción de la salud, señale la INCORRECTA:

a) Crear entornos favorables a la salud.
b) Desarrollar habilidades personales
c) Reorientar las necesidades sanitarias
d) Desarrollar políticas públicas saludables.

17. En un estudio de cohortes la proporción de incidencia de enfermedad que se evitaría en la población general si se elimina la exposición al factor de riesgo se denomina:

a) Riesgo Relativo.
b) Proporción de riesgo atribuible poblacional.
c) Riesgo Atribuible.
d) Fracción Etiológica del Riesgo.

18. En relación con los estudios de casos y controles, ¿cuál es la afirmación verdadera?

a) El sesgo de memoria no es característico de estos estudios.
b) Es preferible la elección de casos incidentes frente a casos prevalentes.
c) Habitualmente tienen un sentido prospectivo.
d) En este tipo de estudios es fácil validar la información sobre la exposición.

19. En un estudio de cohortes la incidencia de enfermedad en los expuestos a un factor de riesgo es de 50 por mil, y la de los no expuestos al factor de riesgo es de 20 por mil. Calcula el Riesgo relativo (RR), el Riesgo Atribuible (RA) y la Fracción etiológica del riesgo (FEe):

a) RR=2,0; RA= 30; FEe= 40%.
b) RR=2,5; RA= 30; FEe= 60%.
c) RR=2,5; RA= 15; FEe= 40%.
d) RR=2,0; RA= 15; FEe= 60%.

20. Son características de los ensayos clínicos cruzados, señale la INCORRECTA:

a) Las intervenciones en estudio se asignan sucesivamente a los participantes.
b) Los grupos de estudio y de comparación están formados por diferentes sujetos.
c) Las intervenciones en estudio se asignan aleatoriamente a los participantes.
d) Cada sujeto actúa como su propio control y recibe las dos intervenciones objeto del estudio.

21. ¿Cuál NO es un sesgo de información?

a) Sesgo de mala clasificación.
b) Sesgo en la formación de la población de estudio.
c) Falacia ecológica.
d) Sesgo de regresión a la media.

22. En el estudio de las pruebas diagnósticas un signo patognomónico se define como aquel, señale la INCORRECTA:

a) Con especificidad del 100%.
b) Que indica presencia ineludible de la enfermedad cuando está presente.
c) Con valor predictivo positivo del 100%.
d) Que tiene un elevado número de falsos positivos.

23. Respecto al meta análisis, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Permite obtener el mejor estimador global de la relación entre las variables que se analizan.
b) Se considera una técnica eficiente y reproducible.
c) La unidad de investigación es el individuo.
d) Se define como el conjunto de técnicas estadísticas de combinación de resultados.

24. De los siguientes cual NO es un criterio de causalidad de Bradford Hill (1965):

a) Plausibilidad.
b) Sensibilidad.
c) Analogía.
d) Consistencia.

25. En el modelo determinista modificado de causalidad se define como causa necesaria a:

a) La causa que por sí misma determina la enfermedad en un individuo.
b) La causa componente que está presente en todas las causas suficientes de una enfermedad.
c) La causa que por sí misma determina una proporción de casos de la enfermedad en la población.
d) Ninguna de las anteriores es cierta.

26. De los siguientes sistemas de información sanitaria ¿cuál NO es de base poblacional?

a) Registro de mortalidad.
b) Encuestas de salud por entrevista.
c) Sistemas de notificación de enfermedades de declaración obligatoria.
d) Sistema de notificación de enfermedades laborales.

27. El Plan de Salud de Navarra 2014-2020 incluye entre sus 12 Estrategias todas las siguientes, señale la INCORRECTA:

a) Atención a pacientes pluripatólogicos.
b) Atención a las urgencias tiempo-dependientes.
c) Prevención y atención de las enfermedades de salud sexual y reproductiva.
d) Atención a la discapacidad y promoción de la autonomía.

28. Todos los siguientes son objetivos generales del Plan de Salud Navarra 2014-2020, señale la INCORRECTA:

a) Disminuir la morbilidad y reducir la severidad de las patologías priorizadas.
b) Disminuir la mortalidad global.
c) Reducir las desigualdades en los resultados de salud.
d) Fomentar el empoderamiento y el autocuidado.

29. Las fases del ciclo de Planificación incluyen, señale la INCORRECTA:

a) El análisis de necesidades y la formulación de objetivos forman parte de la Planificación Normativa.
b) El establecimiento de prioridades se determina con anterioridad al inicio del ciclo de Planificación.
c) Durante la Planificación Operativa se realiza la evaluación de los resultados.
d) La selección de recursos y actividades a realizar se incluyen en la Planificación Estratégica.

30. Entre las técnicas que durante el ciclo de planificación garantizan una adecuada coordinación de las actividades y una asignación eficiente de recursos, señale la INCORRECTA:

a) Los árboles de decisión.
b) El método PERT.
c) Los diagramas de flujo.
d) Análisis Causa-Raíz.

31. El año de vida ajustado por calidad, AVAC (o QALY) es:

a) Una medida de la eficiencia de una intervención.
b) Un concepto para medir la percepción de ganancia obtenida en salud por una intervención sanitaria.
c) Una forma de medir efectos de salud en unidades naturales tales como casos evitados o muertes prevenidas.
d) Una forma de medir los años de vida ajustados por discapacidad.

32. El análisis coste-efectividad:

a) Sirve para comparar programas que tienen objetivos diferentes.
b) Permite comparar dos o más alternativas que tienen el mismo objetivo de salud.
c) Es un tipo de análisis en el que la efectividad se mide en utilidades.
d) Ninguna de las anteriores.

33. Respecto a la LO 3/2018 (LOPDGDD, Ley de protección de datos y garantía de derechos digitales) NO es correcto:

a) Adapta la legislación española a la normativa europea, definida por el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

b) Crea la figura del Delegado de Protección de Datos (DPO).

c) Incluye sólo derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

d) Incluye datos considerados de categoría especial.

34. En el Decreto Foral 296/1993 para la Gestión de Residuos Sanitarios se incluyen en el grupo de residuos sanitarios específicos (grupo 3), señale la INCORRECTA:

a) Sangre y hemoderivados en forma líquida y en cantidad superior a 100 ml.
b) Residuos contaminados con secreciones respiratorias de pacientes con tuberculosis pulmonar activa.
c) Residuos contaminados con sangre de pacientes con hepatitis C
d) Residuos contaminados con heces de pacientes con hepatitis A.

35. En la norma UNE 171340 son parámetros de instalación, a tener en cuenta en la validación y cualificación de salas de ambiente controlado en hospitales los siguientes, señale la INCORRECTA:

a) Grado de estanqueidad al paso de partículas del filtro HEPA instalado.
b) Temperatura seca y humedad relativa.
c) Caudales y renovaciones/hora.
d) Presión diferencial

36. El nivel mínimo necesario de desinfección/esterilización según la resistencia intrínseca de los siguientes microorganismos es, señale la respuesta CORRECTA:

a) VIH, VHB, virus herpes: Desinfección de bajo nivel.
b) Pseudomonas aeruginosa multirresistente: Desinfección de alto nivel.
c) Micobacterias: Esterilización.
d) Hongos: Desinfección de alto nivel

37. En los siguientes casos, además de las precauciones estándar es necesario establecer precauciones basadas en la transmisión, señale la respuesta CORRECTA:

a) Sarampión: Gotas y Contacto.
b) Meningitis por Streptococcus pneumoniae: Gotas.
c) Infección respiratoria por Pseudomonas aeruginosa multirresistente: Gotas.
d) Herpes Zoster diseminado en cualquier paciente: Aéreo y Contacto.

38. Respecto a la legionelosis ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Legionella pneumophila serogrupo 1 (SG1) es el patógeno principal y causa el 70-90% de las infecciones.
b) El desarrollo de la enfermedad depende de la cantidad de inóculo de la bacteria, la susceptibilidad del paciente y de la patogenicidad y virulencia de la bacteria.
c) Si se detecta antígeno específico de Legionella pneumophila SG1 en secreciones respiratorias, se considera caso probable de legionelosis.
d) En un paciente que cumple criterios diagnósticos, se sospecha de caso nosocomial si ha estado ingresado en un centro hospitalario, al menos dos días, entre los 2-10 días anteriores al inicio de síntomas.

39. En relación con el Decreto Foral 54/2006 de 31 de Julio para la prevención y control de la legionelosis en un centro sanitario, es cierto:

a) La temperatura en los depósitos finales de acumulación de agua caliente no debe ser inferior a 50°C.
b) Se debe realizar un control trimestral de temperatura de agua caliente en un número representativo de grifos y duchas y no debe ser inferior a 50°C
c) Se proponen acciones según los recuentos de Legionella obtenidos en los análisis microbiológicos de la red de agua caliente (ufc/litro).
d) Como mínimo cuatrimestralmente se realizarán determinaciones de Legionella en muestras representativas y rotatorias de agua caliente en centros sanitarios con internamiento.

40. En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Navarra NO es una enfermedad de declaración obligatoria urgente ante sospecha:

a) Enfermedad neumocócica invasiva.
b) Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae tipo B.
c) Rubeola.
d) Hepatitis A.

41. Respecto a la Fiebre Hemorrágica Crimea-Congo (FHCC) señale la respuesta correcta:

a) El virus Crimea-Congo normalmente no causa enfermedad en sus huéspedes vertebrados y el ser humano parece ser el único que desarrolla enfermedad.
b) El riesgo de transmisión de FHCC de persona a persona es mayor durante el período de incubación y en la fase presintomática de la enfermedad.
c) El período de incubación de FHCC tras el contacto con sangre o tejidos infectados es más corto que el período de incubación tras la picadura por garrapata.
d) Los casos sospechosos o confirmados de FHCC permanecen aislados en el hospital con medidas de precaución estándar y de transmisión aérea.

42. El número básico de reproducción (Ro) es una medida de la transmisibilidad de un proceso infectivo y depende de varios factores. Señale la respuesta INCORRECTA.

a) Tipo de enfermedad infecciosa y su tasa de ataque.
b) Proporción crítica de vacunados.
c) Duración de la transmisibilidad.
d) Número de contactos potencialmente infecciosos por unidad de tiempo.

43. La eficacia de los agentes desinfectantes frente a diversos microorganismos está relacionada con, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Presencia de materia orgánica y biofilms.
b) Aplicación manual o en sistema automatizado de desinfección.
c) Concentración de uso y tiempo de contacto.
d) Resistencia innata de los microorganismos al agente químico.

44. Protocolo RENAVE de vigilancia y control de las infecciones por Clostridium difficile (ICD) en hospitales. Se define un caso de ICD de origen comunitario relacionado con la asistencia sanitaria si:

a) Inicia síntomas en las primeras 48 horas de ingreso y no tiene antecedentes de alta hospitalaria previa en las últimas 12 semanas.
b) Inicia síntomas fuera del hospital y tiene antecedentes de un alta hospitalaria previa en las últimas 4 semanas.
c) Inicia síntomas en las primeras 48 horas de ingreso y tiene antecedentes de alta de un centro hospitalario › 4 semanas y ‹ 12 semanas.
d) Todas las respuestas son falsas.

45. Entre las indicaciones y acciones de higiene de manos (H.M) según los 5 momentos de la OMS, señale la respuesta INCORRECTA:

a) En la indicación (momento 1), la H.M es necesaria antes de tocar las superficies del entorno del paciente al entrar en la zona del paciente.
b) La H.M puede realizarse frotándose las manos con un preparado de base alcohólica o lavándose las manos con agua y jabón.
c) Las indicaciones para la H.M no se corresponden con el principio y el fin de una secuencia de actividades asistenciales.
d) La H.M en los momentos 3, 4 y 5 protegen al personal sanitario y al entorno sanitario de la contaminación y la propagación de microorganismos.

46. La observación de la higiene de manos (H.M) del personal sanitario según la metodología OMS cumple las siguientes condiciones. Señale la respuesta INCORRECTA:

a) Las sesiones de observación de H.M deben ser de períodos de unos 40 minutos (pueden ser hasta 10 minutos más largas) dependiendo de la actividad observada.
b) Para definir una oportunidad de higiene de manos se debe observar al menos una indicación para la H.M.
c) La observación de una acción positiva de H.M (fricción o lavado) no siempre implica la existencia de una oportunidad.
d) Se recomienda observar 200 oportunidades por período y unidad de observación, para poder hacer comparaciones fiables.

47. Según el "Proyecto Resistencia Zero" en UCI, para la búsqueda activa de bacterias multirresistentes se recogen como mínimo muestras de las siguientes localizaciones:

a) Frotis nasal, rectal y urocultivo.
b) Frotis orofaríngeo, frotis rectal y urocultivo.
c) Frotis nasal, rectal y de orofaringe (aspirado bronquial en pacientes intubados).
d) Frotis orofaríngeo, frotis rectal y perineal.

48. En el "Proyecto Resistencia Zero" en UCI, se considera paciente de riesgo de ser portador de bacterias multirresistentes, a todo aquel que al ingreso presenta al menos una de las siguientes condiciones:

a) Ingreso hospitalario > 5 días en los tres meses previos.
b) Edad > 70 años.
c) Tratamiento inmunosupresor ≥ 7 días en el último mes.
d) Antibioterapia ≥ 5 días en los tres meses previos.

49. En el Protocolo general de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes de la RENAVE, la fase inicial de implementación de vigilancia incluye las siguientes infecciones. Señale la INCORRECTA:

a) Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC).
b) Pseudomonas aeruginosa multirresistente.
c) Clostridiodes difficile.
d) Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM).

50. En el Proyecto ITU-ZERO el objetivo principal es:

a) Reducir la densidad de incidencia (DI) de la ITU asociada a sondaje urinario (ITU-SU) a ≤ 2,7 episodios por 1000 días de dispositivo urinario (DI media del sistema nacional de salud).
b) Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral a ≤ 0,8 (días de sondaje respecto al total de estancias).
c) Reducir el porcentaje de las ITU-SU a ≤ 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria asociadas a dispositivos invasivos adquiridas en UCI.
d) Todas las respuestas anteriores son falsas

51. Entre los Indicadores de Proceso de los Programas de Optimización de uso de Antibióticos (PROA) del PRAN se incluyen, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Realizar actividades de revisión de tratamientos antibióticos a ≥ 48 horas de su inicio.
b) Revisar/auditar fármacos y duración de la profilaxis quirúrgica.
c) Monitorizar en el centro el consumo de antimicrobianos (DDD o DDT) por estancias.
d) Tener en el centro un equipo asistencial PROA operativo.

52. Son recomendaciones para la prevención y el control de la contaminación del agua de diálisis en los centros sanitarios las siguientes, señale la respuesta INCORRECTA:

a) En la fase de mantenimiento de la instalación de diálisis, los análisis microbiológicos y de endotoxinas se realizan con periodicidad mensual.
b) En la fase de mantenimiento de la instalación de diálisis, se recogen muestras para análisis de endotoxinas en la zona de pretratamiento del agua (previa a la etapa de ósmosis inversa).
c) El nivel microbiológico máximo admisible en el agua ultrapura es ≤10 ufc/100ml.
d) Se recomienda tomar muestras microbiológicas del agua tratada a la salida de la ósmosis, en el punto más próximo al final del anillo de distribución y al menos en el 10% de las tomas de agua de los monitores.

53. Sistema APPCC (análisis de peligros y puntos de control críticos) en una cocina hospitalaria.
Señale cuál NO es un prerrequisito para la aplicación del APPCC.

a) Programa de control de agua.
b) Elaboración de un manual de prácticas correctas de higiene y de buenas prácticas de elaboración/fabricación.
c) Programa de gestión de residuos.
d) Establecer un sistema de documentación y registro.

54. Calendario oficial de vacunaciones infantiles de Navarra (OF 340E/2019). Señale el enunciado INCORRECTO:

a) Vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (serogrupos A, C, W, Y): inmunización a los 11-12 años en nacidos a partir del 1/01/2008.
b) Vacuna triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis): inmunización a los 15 meses y 3 años.
c) Vacuna antineumocócica conjugada trecevalente (NC13v): inmunización con 3 dosis a los 2 meses, 4 meses y 11 meses.
d) Vacuna de poliomielitis inactivada (VPI): 4ª dosis a los 6 años.

55. Programa de prevención y control de la Tuberculosis en Navarra (año 2019). NO está indicado el estudio de contactos en:

a) Ante el diagnóstico de infección tuberculosa latente en un niño.
b) Si se detecta un conversor en la prueba de tuberculina en los últimos cinco años.
c) En el entorno de un caso de tuberculosis con cultivo positivo de aspirado gástrico.
d) En el entorno de un caso de tuberculosis con baciloscopia positiva en lavado bronquial.

56. Calendario Oficial de Vacunaciones de Personas Adultas de Navarra (OF 281E/2019). Está indicada la vacunación frente al virus del papiloma EXCEPTO en:

a) Mujeres mayores de 26 años (no inmunizadas previamente) sexualmente activas y en tratamiento con fármacos inmunosupresores.
b) Mujeres mayores de 26 años (no inmunizadas previamente) sexualmente activas con trasplante de precursores hematopoyéticos.
c) Hombres mayores de 26 años en situación de prostitución.
d) Hombres con infección VIH.

57. Diagnóstico de la infección tuberculosa. Señale la respuesta INCORRECTA:

a) En pacientes inmunodeprimidos las pruebas IGRA (interferon-gamma reléase assay) son el marcador más sensible y específico de la infección tuberculosa.
b) Las pruebas IGRA diferencian entre infección tuberculosa y enfermedad tuberculosa.
c) La induración ≥ 5 mm en la prueba de tuberculina se considera positiva en pacientes sospechosos de tuberculosis clínica o radiológica.
d) Una prueba de tuberculina negativa no excluye la infección o la enfermedad tuberculosa.

58. Profilaxis de la enfermedad meningocócica en los contactos. Señale la indicación/pauta CORRECTA:

a) Niño de 5 años: Rifampicina 20mgr/kg (hasta un máximo de 600 mgr) cada 12 horas durante 2 días.
b) Mujer embarazada: Ceftriaxona 125 mgr intramuscular (IM) en dosis única.
c) Niño menor de 1 mes: Rifampicina 10mgr/kg de peso cada 12 horas durante 2 días.
d) Niño de 10 años con insuficiencia hepática grave: Ceftriaxona 125 mgr intramuscular (IM) en dosis única

59. En la Orden Foral 281E/2019 se establece la vacunación en adultos frente a la enfermedad meningogócica serogrupo ACYW en:

a) Personas en tratamiento con eculizumab.
b) Trasplante de órgano sólido.
c) Personal sanitario que trabaja en áreas de Pediatría y Obstetricia.
d) Personas reclusas en centros penitenciarios.

60. ¿En cuál de las siguientes inmunizaciones pasivas se utiliza Inmunoglobulina humana polivalente o inespecífica?

a) Hepatitis B.
b) Varicela.
c) Hepatitis A.
d) Rabia.

61. Respecto a la Fiebre tifoidea, señale la respuesta INCORRECTA:

a) En áreas geográficas no endémicas, el mecanismo de transmisión habitual son los alimentos contaminados por personas portadoras de la Salmonella typhi.
b) La tasa de incidencia declarada de infecciones por Salmonella typhi y S. paratyphi en individuos infectados por VIH se estima 60 veces superior a la población general.
c) El 2-3% de las personas que han padecido fiebre tifoidea son portadores crónicos y continúan eliminando Salmonellas por heces u orina durante más de un año.
d) Los principales reservorios de Salmonella typhi son las aves de corral.

62. Vacunación frente a COVID-19 en personas de 60-69 años de edad. Indique en qué caso NO está contraindicado o desaconsejado el uso de la vacuna VAXZEVRIA:

a) Persona con antecedente de trombopenia inducida por heparina.
b) Persona con antecedente trombótico o con anticuerpos antifosfolípidos.
c) Persona con antecedente de síndrome de fuga capilar.
d) Evento trombótico con trombocitopena (STT) tras la administración de la primera dosis de Vaxzevria.

63. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España (Actualización 8 del 22 de junio 2021 y documentos previos).
En el grupo 7, personas de muy alto riesgo priorizadas, NO están incluidos:

a) Infección VIH y 150 CD4/ml en una analítica de los últimos 6 meses.
b) Persona > de 50 años con trasplante de progenitores hematopoyéticos hace 8 años.
c) Inmunodeficiencia grave de células T (inmunodeficiencia primaria).
d) Insuficiencia renal severa.

64. En el Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI-2005) se establece: Señale la respuesta INCORRECTA

a) El alcance, que abarca toda dolencia o afección médica que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano.
b) La obligación de los "Estados Parte" de notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, según criterios definidos.
c) Procedimientos para que un Comité de Emergencias determine la existencia de una emergencia de salud pública internacional y formule las recomendaciones temporales correspondientes.
d) La obligación de los "Estados Parte" de instalar un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública y designar un Centro Nacional de Enlace para el RSI.

65. Profilaxis post-exposición en contactos estrechos de un caso de hepatitis A. Señale la respuesta INCORRECTA.

a) Consiste en la administración de una dosis de vacuna de hepatitis A o una dosis de Inmunoglobulina, en función de la edad, el estado de salud o el riesgo de exposición a la fuente de contagio.
b) La administración de la vacuna está recomendada en niños menores de 12 meses.
c) En personas mayores de 40 años se prefiere la administración de inmunoglobulina debido a las manifestaciones más graves de la hepatitis A.
d) La inmunoglobulina está indicada en personas inmunodeprimidas y en pacientes con enfermedad hepática.

66. Medidas preventivas frente a paludismo para viajeros a zonas de riesgo. Señale la respuesta INCORRECTA

a) Aplicación tópica de repelentes de insectos en partes descubiertas del cuerpo y sobre la ropa, principalmente durante el día en el período entre el amanecer y el anochecer.
b) Toma regular de antipalúdicos profilácticos durante toda la estancia y hasta 4 semanas después de abandonar la zona endémica, excepto la atovacuona/proguanil que puede detenerse una semana después del regreso.
c) En zona de malaria clasificada de riesgo Tipo C, no está indicada la quimioprofilaxis con cloroquina.
d) La profilaxis con atovacuona/proguanil diaria, debe iniciarse 1-2 días antes de llegar a la zona de riesgo.

67. Profilaxis post-exposición frente a la hepatitis B (VHB). Se plantea el siguiente caso: Persona expuesta con vacunación VHB incompleta (2 dosis administradas hace más de 1 año) y persona fuente del contacto es AgHBs (+). La exposición fue hace 1 semana ¿Cuál es la indicación correcta?:

a) Administración de una dosis de inmunoglobulina específica antihepatitis B (IGHB).
b) Administración de una dosis de vacuna frente VHB para completar la serie de vacunación.
c) Administración de una dosis de inmunoglobulina específica antihepatitis B (IGHB) y completar la serie de vacunación VHB.
d) Administración de una dosis de inmunoglobulina específica antihepatitis B (IGHB) e iniciar una nueva serie de vacunación frente VHB.

68. Vigilancia de las enfermedades transmisibles en Navarra (años 2015-2020). En el grupo de las enfermedades gastrointestinales, el microorganismo con la mayor tasa de incidencia por 100.000 habitantes es:

a) Campylobacter.
b) Salmonella.
c) Rotavirus.
d) E. coli verotoxigénico.

69. En las infecciones VIH/SIDA diagnosticadas en Navarra en el quinquenio 2015-2019, el principal mecanismo de transmisión ha sido:

a) Uso de material no estéril para la inyección de drogas.
b) Prácticas heterosexuales de riesgo.
c) Prácticas sexuales de riesgo, entre hombres que tienen sexo con hombres.
d) Desconocido.

70. Paciente de 45 años que ingresa en un centro hospitalario para cirugía programada con cribado para COVID-19 negativo (PCR-) y sin antecedentes epidemiológicos de interés.
El día 10 de su estancia hospitalaria inicia sintomatología compatible con COVID-19 y tiene prueba PDIA positiva (PCR+ para SARS-CoV2 con Ct 22).
Se clasifica el caso como:

a) COVID-19 asociado a la asistencia sanitaria (definitiva).
b) COVID-19 probablemente asociado a la asistencia sanitaria.
c) COVID-19 con origen indeterminado.
d) COVID-19 asociado a la comunidad.

71. Respecto a las dimensiones de la calidad, señala la respuesta correcta:

a) El tipo de relación interpersonal que se establece con el usuario/paciente no forma parte de la calidad científico-técnica
b) La adecuación hace referencia a la existencia o no del servicio sanitario que permita responder a la demanda de la ciudadanía.
c) La accesibilidad hace referencia a que el servicio debe proporcionarse justo en el momento en el que la persona lo necesita.
d) La aceptabilidad incluye los conceptos de satisfacción y de adhesión.

72. Respecto a la validez de la medición de la calidad, es cierto que:

a) Los criterios de estructura no son condición ni necesaria ni suficiente para afirmar que un servicio es de calidad
b) Son más fáciles de obtener los datos de resultado que los de proceso
c) Los programas centrados en el proceso no tienen por qué tener relación con el resultado.
d) La utilidad inmediata del conocimiento de los datos de proceso para saber qué hacer para mejorar es superior a la utilidad de los datos de resultado.

73. Es cierto que, en la evaluación de la calidad asistencial:

a) El criterio es el valor mínimo que se debe alcanzar en el cumplimiento de una condición para que sea aceptable
b) El estándar es la condición que debe cumplirse para que la atención pueda ser considerada de calidad.
c) El estándar hace referencia al nivel mínimo que se ha de alcanzar en el cumplimiento de un criterio para que sea aceptable.
d) El estándar se fija después de haber realizado la evaluación

74. Según el REDECAN (Red Española de Registros de Cáncer), en un registro poblacional de cáncer, son ítems esenciales para registrar un caso, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Sexo y edad en la fecha del diagnóstico.
b) El diagnóstico clínico.
c) La localización del tumor.
d) La morfología del tumor.

75. A un paciente con insuficiencia renal severa con Filtrado Glomerular <29 ml/minuto/1,73 m^2 y un proceso de infección dental se le prescribe un tratamiento antibiótico no ajustado a su FG, sin daño aparente. Según la clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS se trata de:

a) Cuasi incidente
b) Incidente
c) Evento adverso
d) Factor contribuyente

76. En relación con el Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS) en 2007 señala la respuesta INCORRECTA:

a) La prevalencia de pacientes con algún evento adverso es de 10 por cada 1000.
b) El 70% de los eventos adversos se consideraron claramente evitables.
c) El 20% de los eventos adversos derivaron de la medicación.
d) Aunque la cifra de incidencia es baja, el gran número de visitas en AP hace que en número absolutos sea relevante.

77. Entre los factores que frecuentemente incrementan el riesgo de que surjan errores en el ámbito sanitario, señala la respuesta incorrecta:

a) Las interrupciones durante la realización de actividades asistenciales
b) La realización de tareas complejas que implican tomar en consideración muchos datos
c) La incorporación de personal formado previamente a una unidad
d) Las transiciones entre turnos

78. En cuanto a la detección y registro de efectos adversos, señala la respuesta correcta:

a) El primer paso para mejorar en Seguridad del Paciente es identificar los sucesos adversos y notificarlos.
b) Tiene que haber una estrategia individual.
c) Los sistemas de notificación dan la magnitud real de la incidencia de errores.
d) Es suficiente con una sola fuente de información para conocer correctamente la situación existente.

79. En cuanto a la investigación de eventos adversos, señala la respuesta INCORRECTA:

a) En el análisis proactivo, destaca la técnica de análisis a modo de fallos y efectos (AMFE).
b) En el análisis reactivo, destaca la técnica de análisis causa raíz (ACR)
c) La técnica de ACR no se emplea para analizar sucesos centinela
d) En la técnica de la auditoria del evento significativo, el nivel de profundización de la investigación es menor que en el ACR.

80. Respecto a la Estrategia de Seguridad del Paciente, La seguridad del paciente en 7 pasos, de la Agencia para la Seguridad del Paciente en Reino Unido, señala la respuesta INCORRECTA:

a) Es una estrategia de reducción de riesgos
b) Describe actividades que aseguren un entorno seguro para el paciente
c) El liderazgo del equipo de personas es una actividad para este fin.
d) Otra actividad es trabajar factores personales para no cometer errores a nivel individual

81. Entre las actuaciones de prevención primaria para reducir los riesgos y prevenir eventos adversos, NO se incluye:

a) La aplicación informática de ayuda a la prescripción de medicamentos
b) Notificación de incidentes
c) La promoción de Higiene de Manos entre profesionales
d) Cumplimiento del listado de verificación quirúrgica (Check list)

82. En cuanto al ciclo de mejora continua, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Se utiliza en situaciones en la que se detecta un área de mejora
b) Tiene cuatro fases: planificar, hacer, verificar y actuar
c) Es útil realizar un análisis de causas de la situación a mejorar
d) El diagrama de Gantt es una de las técnicas para realizar un análisis de causas

83. En relación con la razón coste-efectividad incremental (ICER), señala la respuesta incorrecta:

a) Relaciona el coste promedio de una intervención en salud y el beneficio promedio de ésta.
b) Esta decisión conlleva un criterio técnico y también un juicio social y político.
c) El umbral de decisión implica cuanto se está dispuesto a pagar por unidad de efectividad.
d) La estrategia dominada es aquella que con menor coste consigue mayor efectividad.

84. De entre los siguientes, el estudio más adecuado para conocer los valores y preferencias de los pacientes, es:

a) Ensayo clínico aleatorio
b) Estudios de cohortes
c) Series de casos
d) Grupo focal

85. Entre las técnicas de investigación primarias cualitativas para la obtención de información sobre pacientes en la elaboración de una guía de práctica clínica, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Observación participante
b) Revisión sistemática de estudios cualitativos
c) Entrevista en profundidad a pacientes y/o familiares
d) Grupo discusión

86. Sobre la metodología GRADE, señala la respuesta INCORRECTA:

a) Se clasifica la calidad de la evidencia en cuatro grados: alta, moderada, baja o muy baja.
b) La inconsistencia en los resultados de los distintos estudios es un factor que disminuye la calidad de la evidencia.
c) La disponibilidad de evidencia indirecta es un factor que aumenta la calidad de la evidencia.
d) Una magnitud del efecto importante es un factor que aumenta la calidad de la evidencia.

87. En Seguridad del Paciente, ante un evento adverso ocurrido, se denomina SEGUNDA VICTIMA, señala la respuesta correcta:

a) Al familiar del paciente
b) Al profesional implicado
c) A la organización sanitaria
d) A la sociedad

88. En la Estrategia Navarra de Seguridad del Paciente, IMASER es el acrónimo de una herramienta que se utiliza en, señale la respuesta correcta:

a) Seguridad en las transiciones asistenciales
b) Prevención de úlceras por decúbito
c) Sistemas de expertos y ayuda para la prescripción farmacológica
d) Sistemas de notificación y aprendizaje

89. En relación con el índice epidémico para una enfermedad, señala la respuesta INCORRECTA:

a) Es la razón entre el número de casos declarados en un periodo y la mediana del quinquenio anterior.
b) Es la razón entre el número de casos declarados en un periodo y la media del quinquenio anterior.
c) Los valores de 0,76-1,24 entran dentro de la normalidad
d) Es menos útil en enfermedades de baja incidencia

90. Respecto a la mortalidad en población 25-64 años en el quinquenio 2014-2018 en Navarra, señala la respuesta INCORRECTA:

a) La mortalidad por cáncer de mama se ha reducido en mujeres debido al programa de cribado puesto en marcha en los años 90 y a las mejoras en el proceso diagnóstico y en el tratamiento.
b) La disminución de la mortalidad por cáncer gástrico a nivel mundial es probablemente atribuible a mejoras en el abastecimiento de agua y en la conservación de alimentos y a la mayor disponibilidad de fruta y verdura fresca.
c) El aumento en la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres de 25 a 64 años contrarresta el descenso en la mortalidad por otras causas.
d) La puesta en marcha del programa de cribado de cáncer colorrectal ha llevado a un descenso de la mortalidad por esta patología.

91. La principal causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres 25-64 años en el quinquenio 2014-2018 en Navarra es:

a) Cáncer colorrectal. 5%
b) Cáncer pulmón. 16%
c) Cáncer páncreas. 3%
d) Cáncer hígado. 3%

92. En el escalón de Sumarios de la pirámide de las 6 S se incluirían, señale la INCORRECTA:

a) Las guías de práctica clínica que proporciona la búsqueda en Tripdatabase.
b) Los sumarios de evidencia de Uptodate.
c) Los sistemas informatizados de apoyo a la toma de decisiones (SIATDs).
d) Los sumarios de evidencia de Dynamed Plus.

93. Respecto a los niveles de evidencia, es cierto que:

a) La validez de los resultados de un estudio no depende del rigor científico del diseño o de su sensibilidad para incurrir en sesgos.
b) Ayudan a determinar la calidad y validez de la evidencia disponible para la práctica.
c) Se basan en una única clasificación que permite diferenciar jerárquicamente los distintos estudios.
d) Las revisiones sistemáticas son los estudios primarios que aportan la evidencia científica más sólida.

94. Durante los meses de octubre a diciembre de 2011 se procedió a la selección de 200 pacientes diagnosticados de EPOC a partir de los registros del programa correspondiente en el centro de salud, mediante un muestreo aleatorio sistemático. Los pacientes fueron evaluados mediante una espirometría, y respondieron a un cuestionario de calidad de vida y a otro sobre adherencia terapéutica. ¿Qué tipo de estudio epidemiológico se ha realizado?

a) Estudio de cohortes.
b) Estudio de casos y controles.
c) Estudio de validación diagnóstica.
d) Estudio transversal.

95. Ante un paciente con sospecha de un determinado proceso clínico se realiza una prueba diagnóstica. De entre los siguientes parámetros de rendimiento de la prueba diagnóstica, ¿cuál sería el de mayor utilidad a la hora de tomar una decisión clínica?

a) Una especificidad del 99%.
b) Un cociente de probabilidad positivo de 11.
c) Un valor predictivo positivo del 80%.
d) Una sensibilidad del 99%.

96. Se plantea comparar la eficacia de dos medicamentos antiepilépticos, ambos comercializados desde hace más de 5 años, en la epilepsia parcial refractaria. ¿Cuál de los siguientes diseños elegiría por implicar un menor riesgo de sesgos y para garantizar mejor que las distintas poblaciones de estudio son comparables?

a) Ensayo clínico controlado aleatorizado.
b) Estudio de cohortes.
c) Estudio de casos y controles.
d) Estudio prospectivo de dos series de casos expuestos a ambos medicamentos.

97. NO se pueden localizar guías de práctica clínica a través de:

a) Tripdatabase.
b) Uptodate.
c) Cochrane Library.
d) Pubmed.

98. Respecto al NND (número necesario de pacientes para dañar), señale la INCORRECTA:

a) Se puede utilizar el balance entre NNT y NND para tomar decisiones en la elección de un tratamiento.
b) Su cálculo se puede realizar mediante el inverso del riesgo atribuible
c) Cuanto mayor sea el NND, mejor será la intervención.
d) Los NND informan del riesgo individual de un paciente de sufrir un evento adverso.

99. El modelo de determinantes sociales de la salud Dahlgren y Whitehead (1993), explica las desigualdades sociales en salud en distintos niveles representados mediante capas. ¿En qué orden, desde la capa más interna a la más externa, ordenaría los siguientes factores?

a) Estilos de vida, factores individuales, redes sociales y comunitarias, y condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.
b) Factores individuales, estilos de vida, redes sociales y comunitarias, y condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.
c) Estilos de vida, factores individuales, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, y redes sociales y comunitarias.
d) Factores individuales, estilos de vida, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, y redes sociales y comunitarias.

100. Entre los indicadores que forman parte del perfil de zona básica de salud del Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra (OSCN), NO se encuentra, en este momento:

a) Tasa de Natalidad.
b) Tasa de desempleo.
c) Prevalencia de personas con EPOC.
d) Consumo intensivo de alcohol en jóvenes.

Convocatoria para la provisión, mediante concurso-oposición, de 3 plazas del puesto de trabajo de FEA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA para los Organismos Autónomos del Departamento de Salud.

Ejercicio/Prueba a.1 de la oposición, realizado en fecha: 23/10/2021

Plantilla de respuestas válidas

PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA	PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA	PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA
1	C	36	A	71	D
2	A	37	D	72	D
3	C	38	D	73	C
4	D	39	D	74	D
5	D	40	A	75	B
6	D	41	A	76	C
7	C	42	B	77	C
8	D	43	B	78	A
9	D	44	B	79	C
10	B	45	A	80	D
11	D	46	A	81	B
12	C	47	C	82	D
13	C	48	A	83	D
14	B	49	B	84	D
15	B	50	A	85	B
16	C	51	D	86	C
17	B	52	B	87	B
18	B	53	D	88	A
19	B	54	B	89	B
20	B	55	B	90	D
21	B	56	C	91	B
22	D	57	B	92	C
23	C	58	D	93	B
24	B	59	A	94	D
25	B	60	C	95	B
26	C	61	D	96	A
27	C	62	B	97	C
28	B	63	D	98	D
29	B	64	C	99	B
30	D	65	B	100	C
31	B	66	A		
32	B	67	C		
33	C	68	A		
34	D	69	C		
35	B	70	B		

Pamplona, 23 de octubre de 2021

El Secretario del Tribunal

CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
F.E.A EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

(Orden Foral 306E /2020, de 21 de octubre, de la Consejera de Salud)

PRUEBA CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

Fecha 23 de octubre de 2021

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

CASO Nº 1.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SNS-O (caso simulado)

Paciente de 74 años de edad que ingresa de manera programada en un centro hospitalario, un domingo a última hora de la tarde del mes de agosto, para ser intervenido al día siguiente a las 8h de la mañana a cargo de Traumatología y Cirugía Ortopédica de una prótesis total de cadera.

Como antecedentes personales de interés el paciente es alérgico a la penicilina, (tuvo una reacción anafiláctica hace unos años durante el tratamiento de una infección dentaria), presenta hipoacusia y toma un antihipertensivo y paracetamol para el dolor articular.

En la unidad de hospitalización donde ingresa hay bastante personal nuevo contratado para el período de verano.

El personal de enfermería de la unidad de ingreso:

-Informa al paciente sobre el funcionamiento de la unidad.
-Le informa del procedimiento que se seguirá la mañana siguiente antes de bajar al quirófano: revisión de la zona a intervenir y corte del vello si fuera preciso, ducha con jabón antiséptico, etc.
-Toma las constantes.
-Comprueba la medicación que toma habitualmente.
-Revisa la pauta de profilaxis antibiótica quirúrgica comprobando que no está prescrita antes del ingreso (en el procedimiento de ingreso programado figura que debe estar prescrita), por lo que avisa al Traumatólogo de guardia para que lo haga. Éste se encuentra en quirófano en una intervención que durará varias horas.

Al día siguiente el paciente baja a las 8 h al bloque quirúrgico.
En el bloque quirúrgico el personal habitual de este área (anestesistas, personal de enfermería y auxiliar de enfermería) están redistribuidos entre los distintos quirófanos para mantener la programación quirúrgica y cubrir el período vacacional. En el quirófano de Traumatología y Cirugía Ortopédica esa mañana hay una auxiliar de enfermería de otro quirófano, una enfermera de campo y anestesia que no ha estado nunca en quirófano, (su jefa de unidad está de vacaciones y no ha podido darle instrucciones) y un anestesista no habitual de esta cirugía. La enfermera instrumentista es habitual de este quirófano.

Al llegar el paciente al quirófano y sin cumplimentar la primera parte del listado de verificación quirúrgica (LVQ), se le cateteriza la vía venosa, se realiza la anestesia espinal y se le prepara para iniciar la intervención (antisepsia cutánea, etc).

Antes de iniciar la incisión, el traumatólogo pregunta si está todo listo y si ya ha finalizado la administración de la profilaxis antibiótica quirúrgica. Al comprobar que no se ha puesto, el cirujano indica verbalmente administrar lo más rápido posible vía iv la pauta habitual de profilaxis: cefazolina 2 gr. Así se hace, y a los

pocos minutos el paciente comienza con un deterioro brusco de las constantes vitales compatible con un cuadro de shock. En ese momento personal del quirófano comprueba en la historia clínica informatizada del paciente que éste es alérgico a la penicilina.
Tras la reanimación inicial en quirófano, se suspende la intervención quirúrgica y el paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, intubado, con fármacos vasoactivos (adrenalina), con el diagnóstico de shock anafiláctico.
El paciente permanece en la UCI en estado muy grave y tras mejoría, 10 días después es dado de alta a planta sin secuelas.

PREGUNTAS:

1.- Según la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS, ¿cómo denominaría/clasificaría este suceso? (1punto)

a) Cuasi –incidente
b) Evento adverso
c) Incidente que llega al paciente pero no causa daño
d) Reacción adversa

2.- Según la Guía de Recomendaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea actualizada en 2019, ¿a nivel de centro hospitalario, a quién se tendría que notificar/ comunicar lo ocurrido? (1 punto)

3.- ¿Qué principios básicos o características tiene el SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente), utilizado en el sistema sanitario de Navarra?. Enumere un máximo de 4. (1 punto)

4.- La notificación al sistema de Farmacovigilancia de la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) de este suceso ocurrido al paciente es (señale la respuesta correcta) (1 punto)

a) Obligatoria
b) Voluntaria
c) Innecesaria porque ya se ha notificado el suceso en el SiNASP
d) Improcedente

5.- ¿Quién/quienes son las posibles víctimas de este suceso? Indique su clasificación (1ª víctima…) y ponga algún ejemplo de cada una de ellas (1 punto)

6.- Enumere las principales actividades/acciones inmediatas a tomar tras ocurrir este suceso en el quirófano (según la Guía de Recomendaciones del SNS-O). Enumere un máximo de 4. (1 punto)

7.-¿Considera indicado empezar un análisis en profundidad/investigación inmediata de este suceso? (1 punto)

a) Si
b) No

¿Por qué?

8.- En el análisis en profundidad realizado, un análisis causa-raíz (ACR), ¿qué distintos factores contribuyentes o de riesgo se pueden identificar en la generación de este suceso? Enumere de manera escueta hasta un máximo de 6. (2 puntos)

9.- Tras la investigación realizada, se presenta un Plan de Mejora/Reducción de riesgo para evitar que se reproduzca un evento de este tipo. Destaque de manera breve los 4 puntos que considere más importantes. (2 puntos)

CASO Nº 2

INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA (ILQ) EN CIRUGÍA DE COLON (Caso simulado)

En el año 2020 se puso en marcha en su hospital el sistema de vigilancia de la infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía electiva de colon, siguiendo el protocolo de vigilancia de la RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica):
El estudio sigue los criterios de inclusión de los procedimientos quirúrgicos de colon que se vigilan, las definiciones de infección y la estratificación del riesgo de los pacientes intervenidos según el NHSN (National Healthcare Safety Network). La vigilancia de ILQ se realiza de manera prospectiva durante la estancia hospitalaria y se finaliza a los 30 días de la fecha de la intervención quirúrgica.

Entre las variables que se recogen en el sistema de vigilancia se incluyen:

-Tipo/código de intervención quirúrgica
-Si se ha administrado la profilaxis antibiótica quirúrgica: Si/ No, estando indicada/ No procede.
-En los pacientes que se ha administrado la profilaxis se recogen varios datos (fármacos, dosis, vía de administración, inicio de la administración, duración) y se clasifica la pauta completa de profilaxis administrada como adecuada/No adecuada
-Si el paciente ha desarrollado una ILQ si/no, el tipo de ILQ y la fecha de la infección.
-Los microorganismos aislados en cultivos microbiológicos.

Para valorar el tipo de pacientes intervenidos, case-mix, y clasificarlos en los correspondientes niveles de riesgo del NHSN (M,0,1,2,3), se recogen las siguientes variables:

-Grado ASA de Anestesia
-Grado de contaminación de la cirugía (Limpia-contaminada/ contaminada)
-Tiempo de duración de la intervención en minutos
-Si es cirugía laparoscópica (si/no)

La pauta de profilaxis antibiótica para cirugía colorrectal electiva, aprobada en el centro, es: metronidazol 1500mg administrada en los 60 minutos antes de la incisión y cefazolina 2 gr justo antes de la incisión

A continuación se presentan los resultados generales del estudio de vigilancia de ILQ de cirugía de colon del año 2020 en su centro:

-Nº de pacientes incluídos en el estudio: **130 pacientes**
-Nº de pacientes con ILQ: **20** (cada paciente sólo tiene 1 ILQ)
-Tipo de ILQ diagnosticadas: -4 ILQ-Organo/Espacio
-7 ILQ Incisional profunda
-9 ILQ Incisional superficial
-Clasificación NHSN de todos los pacientes incluidos en el estudio:

-Indice **M: 26** pacientes
-Indice **0: 52** pacientes
-Indice **1: 33** pacientes
-Indice **2: 13** pacientes
-Indice **3: 6** pacientes

-La adecuación de las pautas de profilaxis ATB quirúrgica administradas es de un 65%

Supongamos que también disponemos de **los resultados de la ECDC (Centro Europeo para el Control y Prevencion de Enfermedades) a nivel europeo de vigilancia de ILQ en cirugía de colon del año 2020**, Incidencia acumulada (IA) total y por índice de riesgo NHSN

Incidencia acumulada total de ILQ en cirugía de colon (IA)	**9,8%**
IA por índice de riesgo NHSN	
NHSN **M**	**6%**
NHSN **0**	**7,8%**
NHSN **1**	**9,7%**
NHSN **2**	**11%**
NHSN **3**	**13%**

PREGUNTAS:

1.- ¿Qué incidencia acumulada (IA) de ILQ en cirugía electiva de colon ha tenido su hospital en el año 2020? (1 punto)

2.- Teniendo en cuenta el case-mix /nivel de riesgo de los pacientes intervenidos de cirugía de colon en su centro:
¿La IA de ILQ de su hospital en comparación con los resultados de ILQ a nivel europeo, cómo está?: ¿por encima, por debajo, semejante a la media? (Realice las operaciones necesarias) (1 punto)

3.- Calcule la razón estandarizada de la ILQ de colon de su centro (1 punto)

4- Interprete la razón estandarizada obtenida (1 punto)

5.-Según la bibliografía publicada, la pauta de profilaxis antibiótica aprobada por su centro (cefazolina + metronidazol) es eficaz. En el estudio del año 2020 se ha observado un 65% de adecuación en las pautas administradas.
¿Qué recomendaciones tendría que hacer para mejorar el cumplimiento y efectividad de la pauta de profilaxis vigente en su hospital?
Enumere hasta un máximo de 4 (1 punto)

6.- A nivel nacional hay recomendaciones/medidas para la prevención y control de las ILQ, avaladas por la evidencia científica, para aplicarlas en la fase pre-perioperatoria.
En su hospital ¿qué 3 medidas tendría que revisar/instaurar/reforzar en su cumplimiento, de manera prioritaria? (2 puntos)

7.- ¿Qué 2 medidas tendría que revisar/instaurar/reforzar en su cumplimiento, de manera opcional? (1 punto)

8.- En el estudio de vigilancia del año 2020 se diagnosticaron 3 pacientes con ILQ-Incisional superficial con el mismo microorganismo multirresistente MR (identificado en el cultivo de herida y con el mismo patrón del antibiograma).
Los tres pacientes habían estado ingresados en la misma unidad de enfermería en un período de 15 días.
¿Qué medidas de prevención y control de ILQ recomendaría en la unidad?, Enumere de manera escueta hasta un máximo de 4. (1 punto)

9.-¿Qué estrategias podríamos seguir para comprobar si se han puesto en marcha las medidas/recomendaciones propuestas en las preguntas 6, 7 y 8 (fase perioperatoria y postoperatoria) y si funcionan?
Enumere hasta un máximo de 5. (2 puntos)

CASO Nº 3.

LECTURA CRÍTICA DEL ARTÍCULO: IMPACTO DE LIFE´S SIMPLE 7 EN LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN ADULTOS ESPAÑOLES CON ALTO RIESGO DE LA COHORTE DE ESTUDIO PREDIMED. Diez-Espino et al. Rev Esp Cardiol (Engl Ed) 2020; 73(3):205-211. ***(11 puntos)***

Javier Díez-Espino, Pilar Buil-Cosiales, Nancy Babio, Estefanía Toledo, Dolores Corella, Emilio Ros, Montserrat Fito, Enrique Gómez-Gracia, Ramón Estruch, Miquel Fiol, José Lapetra, Angel Alonso-Gómez, Lluis Serra-Majem, Xavier Pintó, José V. Sorlí, Miguel A. Muñoz, Josep Basora y Miguel A . Martínez-González

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de muerte en España el 29% de todas las muertes en 2015. Los esfuerzos en prevención y tratamiento se han acompañado de una reducción de la mortalidad cardiovascular de un 54% en el periodo 2000-2015[1]. Los factores de riesgo tradicionales tienen una elevada prevalencia en España, pero el porcentaje de personas que tienen controlados estos factores sigue estando lejos de lo deseable[2].

Stampfer et al.[3] definieron 5 factores de estilo de vida cardioprotectores: dieta saludable, consumo del equivalente a un vaso de vino al día, ejercicio vigoroso 30 min al día, índice de masa corporal (IMC) < 25 y no fumar. La presencia combinada de estos factores se asoció con una reducción de la incidencia de cardiopatía isquémica en la cohorte de las enfermeras[3]. Estos beneficios se comprobaron después en varones[4] y en personas mayores[5]. También resultaron asociados inversamente con la incidencia de ictus[6] y diabetes[7,8].

En 2010 la American Heart Association (AHA) se planteó el objetivo de reducir la mortalidad por ECV en un 20% para 2020 mediante la mejora de la salud cardiovascular y dar un mensaje de salud en positivo. Abandonó la referencia a «factores de riesgo» para hablar de métricas de salud cardiovascular óptima o ideal. Elaboró unos criterios definidos a través de 7 métricas, Life's Simple 7 (LS7), que incluyen 4 conductas de salud (bajo IMC, evitar el tabaco, dieta sana y actividad física) y 3 factores de salud: colesterol, presión arterial y glucemia en ayunas[9]. Alcanzar 6 o más métricas (respecto a cumplir 1 o menos) se asoció en el estudio NHANES[10] con una reducción de la mortalidad total, cardiovascular y por cardiopatía isquémica. También se encontró una reducción similar en la cohorte EPIC-Norfolk[11]. Esto indica un efecto sinérgico entre estas métricas.

En la población española no se han realizado evaluaciones que relacionen estas 7 métricas en cohortes prospectivas, medidas inicialmente con la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores. Sería interesante además considerar la dieta mediterránea (DMed) como una de estas métricas, la de dieta saludable, ya que el ensayo PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea)[12] constató que una DMed suplementada con aceite de oliva virgen extra y frutos secos disminuyó a corto plazo los valores de presión arterial, triglicéridos y glucemia, así como de otros factores de riesgo[13-15], y redujo relativamente en un 30% una variable combinada de infarto de miocardio, ictus y muerte de origen cardiovascular[16].

El objetivo del presente estudio es analizar prospectivamente en la población del estudio PREDIMED, tomada como una cohorte, el impacto de las 7 métricas en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores, tras un seguimiento mediano de 4,8 años.

MÉTODOS

El presente estudio de cohortes prospectivas se anidó en el ensayo PREDIMED, un ensayo de campo controlado, de grupos paralelos, multicéntrico y aleatorizado para valorar la eficacia de 2 intervenciones conductuales intensivas y de educación nutricional con DMed (enriquecida con aceite de oliva virgen extra y con frutos secos), comparadas con un grupo control (asignado a dieta baja en grasa). El objetivo primario fue la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (infarto de miocardio, ictus o muerte de causa cardiovascular). Se incluyó a 7.447 participantes, varones de 55-80 años y mujeres de 60-80 años sin ECV previa, pero con alto riesgo cardiovascular. Debían tener diabetes mellitus tipo 2 o > 3 de entre 6 factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad elevadas, concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad bajas, obesidad o sobrepeso, ser fumador activo e historia familiar de ECV prematura) con los criterios y puntos de corte previamente descritos[12]. Todos los participantes en el estudio firmaron un consentimiento informado.

En la entrevista basal se realizaron las analíticas y mediciones pertinentes para evaluar los factores de riesgo cardiovascular y el diagnóstico de hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia, tal como se ha descrito[12]. Se realizó una exploración física con peso, talla y medida de la presión arterial por triplicado con un aparato electrónico (OMRON HEM-705CP, Hofddorp, Países Bajos). También se realizaron determinaciones analíticas para medir el perfil lipídico y la glucemia en ayunas, entre otras. La inscripción y la intervención se realizaron en los centros de salud donde se atendía habitualmente a los participantes.

Se utilizaron las métricas descritas por LS7[9] obtenidas en situación basal con una adaptación de la métrica de dieta saludable al patrón de

DMed, considerá ndola cumplida si se obtenían 9 o más puntos en la escala validada de 14 puntos de adhesión a DMed[17]. La meta de actividad física se consideró equivalente a 500 METs-h/ semana mediante la aplicación del cuestionario de actividad física de Minnesota (Minnesota Leisure Time Physical Activity Question- naire) validado en su versión española[18,19].

Se realizó una adaptación similar con las métricas del índice Fuster-BEWAT score (FBS)[20], que incluye presión arterial, actividad física, peso, alimentación y tabaco.

El desenlace final fue una variable compuesta de eventos cardiovasculares mayores: infarto de miocardio, ictus o muerte de origen cardiovascular. Se emplearon 4 fuentes de información diferentes como primer paso para recoger los eventos:

a) a través de los contactos repetidos con los participantes;

b) de los médicos de familia responsables de la atención clínica de los participantes;

c) por una revisión anual de las historias clínicas, y

d) mediante la consulta con el Instituto Nacional de Estadística para acceder al Registro Nacional de Mortalidad y obtener el estado vital y la causa de defunción de los participantes fallecidos.

Con esta documentación, enmascarada con respecto a la intervención, a las métricas y a la propia identidad del paciente, un comité independiente de adjudicación de eventos adjudicó los eventos cardiovasculares y la mortalidad.

Únicamente se incluyeron los eventos definitivamente adjudicados y que ocurrieron entre el 1 de octubre de 2003 y el 1 de diciembre de 2010.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Cada una de las métricas se analizó como variable dicotómica según se cumplieran o no los criterios de adecuación a LS7, asignando 1 punto cuando los participantes cumplían la métrica y 0 cuando no. Se sumaron estas variables y cada participante podía tener un resultado de 0 a 7 puntos.

Para el análisis principal, se dividió a los participantes en 4 categorías (0-1, 2, 3 y > 4 métricas) en función del número de métricas que acumulaban: se colapsaron en una categoría los extremos, ya que había pocos participantes con 0 o con 5 o más métricas.

En el caso del FBS, se clasificó a los participantes en 3 categorías: 0-1, 2 y > 3 métricas. Debido al escaso número de participantes con valores extremos, se colapsaron en una categoría tanto los valores muy bajos (0-1) como altos (3-5).

Se realizó una estadística descriptiva según el número de métricas alcanzadas para las diferentes variables de confusión, utilizando la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas. Asimismo, se calculó la incidencia del evento principal para cada una de las categorías.

Se empleó un modelo multivariable de regresión de Cox para calcular las hazard ratio (HR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%) de eventos cardiovasculares mayores ajustando por edad y estratificado por centro, sexo y grupo de intervención. El grupo con 0-1 métricas, se empleó como categoría de referencia. La fecha de inscripción se consideró tiempo de entrada. La fecha de salida se definió como la de la presentación del primer evento cardiovascular mayor, la muerte por otra causa, la última visita de seguimiento o la última notación en la historia clínica.

Se calculó la probabilidad predicha mediante una regresión logística con el evento cardiovascular mayor como variable dependiente y el número de métricas como variable independiente. Posteriormente se realizó el gráfico con las probabilidades marginales predichas.

Para comparar la tasa acumulada de presentación del evento a lo largo del tiempo entre las 4 categorías del análisis principal, se utilizó el estimador de Nelson-Aalen.

Todos los valores de p se calcularon para 2 colas y el nivel de significación fue $p < 0,05$. Los análisis se llevaron a cabo usando el programa Stata, versión 12.0 (Stata Corp.; College Station, Texas, Estados Unidos).

Tabla 3

Riesgo de eventos cardiovasculares en función del número de métricas en 4 categorías ajustado por centro, sexo, edad y grupo de intervención

Métricas	n	Eventos	Personas-años	HR (IC95%)
0-1	1.406	79	5.844	1 (referencia)
2	2.541	109	10.838	0,73 (0,54-0,99)
3	2.216	75	9.629	0,57 (0,41-0,78)
4-7	1.284	25	5.669	0,34 (0,21-0,53)

HR : *hazard ratio*; IC95%: Intervalo de confianza del 95%.

PREGUNTAS

1. ¿Cuál es el objetivo? *(0,5 puntos)*

2. Población diana. *(0,75 puntos)*
   a. ¿Consideras que la población diana es representativa de la población general?
   b. ¿Por qué?

3. Variable resultado: *(0,75 puntos)*
   a. ¿Cuál es la variable resultado?
   b. ¿Es simple o compuesta?
   c. ¿Por qué?

4. Enmascaramiento variable resultado (*1 punto)*
   a. ¿Consideras que está bien enmascarada la obtención de la información de la variable de resultado?
   b. ¿Por qué?

5. ¿Cómo se define la función de riesgo ("hazard ratio" (HZ))? (*1 punto)*

6. En la tabla 3, ¿cómo se interpreta el riesgo de sufrir un evento cardiovascular en una persona de 4-7 métricas respecto a una persona de 0-1 métrica? (*1 punto)*

7. ¿Cuál es la conclusión del estudio a partir de la tabla 3? *(1 punto)*

8. Validez interna del estudio (*1 punto)*

   a. ¿Es aceptable la validez interna de este estudio?
   b. ¿Qué aspectos te parecen mejorables en el diseño?

9. Validez externa del estudio (*1 punto)*
   a. ¿Qué puntos encuentras a favor de extrapolar esta conclusión a la población general?
   b. ¿Qué puntos encuentras en contra de extrapolar esta conclusión a la población general?

10. Tras leer el artículo, valora la aplicabilidad del estudio *(2 puntos)*
    a. ¿Cómo se puede estudiar la carga de enfermedad cardiovascular en Navarra?
    b. ¿Cómo estudiarías la distribución de estas métricas esta Comunidad y a qué nivel resulta interesante desagregar la información?
    c. ¿Cómo aplicarías el Life´s Simple 7 en nuestra comunidad?

11. ¿Con qué Registros poblacionales de enfermedades no transmisibles cuenta Navarra? Cita al menos 3. (*1 punto).*